

Наличие хр. очаговой инфекции у членов семьи	5	13	0	0,704	0,156	0,495
--	---	----	---	-------	-------	-------

Следует отметить, что в 20,9% случаев дети находились на искусственном вскармливании с рождения, в 38,8% наблюдения срок грудного вскармливания не превышал одного месяца. На момент поступления в стационар грудное вскармливание получали 27,4% детей 1-ой подгруппы и 22,9% детей 2-ой подгруппы ($p=0,837$), в отличие от детей контрольной группы, где на грудном вскармливании находилось 90% детей ($p\ 1-3, 2-3<0,001$).

Таблица 2 – Модифицирующие эндогенные факторы риска у детей с острой пневмонией

Модифицирующие эндогенные факторы	1 группа (n=73)	2 группа (n=48)	Контрольная группа (n=50)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
	Абс. число	Абс. число	Абс. число			
Осложненное течение беременности	52	36	29	0,887	0,557	0,430
Осложненное течение родов	33	20	5	0,867	0,002	0,007
Недоношенность	18	8	3	0,506	0,026	0,204
Патология перинатального периода	28	19	7	0,990	0,029	0,045
Аномалии конституции	4	6	0	0,317	0,153	0,028
Гипотрофия	22	13	3	0,846	0,006	0,028
Паратрофия	8	10	0	0,213	0,024	0,002
Рахит	14	9	0	0,990	0,002	0,003
Бронхолегочные заболевания в анамнезе	14	12	0	0,661	0,002	<0,001

Вывод.

Неблагоприятное влияние перинатальной патологии, раннего искусственного вскармливания, нарушений питания, рахита, предшествующих бронхолегочных заболеваний не уступает роли социально-культурных факторов, таких, как многодетность, неполная семья, недостаточная материальная обеспеченность, асоциальное поведение родителей, пассивное курение. Диагностика состояний, предшествующих возникновению бронхолегочной патологии, открывает пути предупреждения заболевания.

УДК 616.344-002-031.84-053.2-07

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Семёнова О.В.¹, Горлина И.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Болезнь Крона (БК), код МКБ [K50] – хроническое иммунное гранулематозное воспаление пищеварительного тракта неясной этиологии с трансмуральным, сегментарным поражением и развитием местных и системных осложнений. В европейских странах случаи БК у детей и подростков составляют от 1 до 8 на 100 тыс. человек [1]. В последние годы именно у детей наблюдается рост БК по сравнению с язвенным колитом

(НЯК) [2]. Необходимость своевременной диагностики обусловлена последствиями БК – формирование стриктур, свищей и онкопатологии при отсутствии лечения. Однако до постановки диагноза проходит несколько лет. Проблема в том, что однозначных диагностических критериев БК нет, диагноз выставляется по совокупности данных анамнеза, клинической картины, эндоскопических и гистологических изменений [3], с которыми мало знакомы врачи.

Целью настоящей работы явилось установить наиболее значимые признаки БК у детей для своевременной диагностики.

Проведен поиск исследований последних лет. Общеприняты критерии по Lennard-Jones [4]. Диагноз достоверен при наличии 3 любых признаков, или гранулем в сочетании с любым другим признаком из 6. Среди них: 1) хроническое гранулематозное поражение от полости рта до ануса, 2) его прерывистый характер, 3) трансмуральное поражение: язвы – трещины, абсцессы, свищи, 4) фиброз и стриктуры, 5) трансмуральные лимфоидные скопления, 6) нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой толстой кишки, 7) наличие саркоидных гранулем.

К клиническим симптомам манифестации БК относят боль в животе, хроническую диарею (более 6 недель), особенно ночью, обычно без крови, лихорадку и анемию неясного генеза. К осложнениям – кишечную непроходимость, хронические анальные трещины, парапроктит, свищи прямой кишки. Внекишечные проявления болезни представлены в таблице 1 [5].

Таблица 1 – Внекишечные проявления болезни Крона

Аутоиммунные с активностью БК	Аутоиммунные, без активности БК	При длительном воспалении и дисметаболизме
Артралгии, артриты Узловатая эритема, гангренозная пиодермия Афтозный стоматит Увеит, иридоциклит, эписклерит	Анкилозирующий спондилит (сacroилеит) Первичный склерозирующий холангит Остеопороз, остеомаляция, Псориаз	Холелитиаз Стеатоз печени, стеатогепатит Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии Амилоидоз

Основными методами диагностики БК являются: колоноскопия с илеоскопией, ФГДС, МРТ и КТ с контрастированием кишечника, биопсия в зоне повреждения. Диагноз подтверждается эндоскопическим и морфологическим или эндоскопическим и рентгенологическим методом.

У пациентов с хронической диареей для исключения её причин первоначально выявляют инфекции – иерсиниоз и клостридии (даже без предшествующего назначения антибиотиков) [6], а также лямблиоз и кампилобактерии. Подтверждает воспаление кальпротектин, содержание которого хорошо коррелирует с эндоскопической картиной, однако тест неспецифичен и при БК может быть отрицательным, так как патологический процесс начинается с серозной оболочки, а слизистая может быть не изменена. При БК в большинстве случаев поражается тонкая кишка, добраться до нее эндоскопически крайне сложно. Естественно желание врача щадить пациента, не везде доступно такое обследование, да и не факт, что слизистая будет изменена.

Главной особенностью БК, отличающей ее от НЯК, является трансмуральный характер воспаления с наибольшей выраженностью в подслизистой основе и субсерозно. Серозит способствует образованию спаек с конгломератом из петель кишок. Поражается мезентериальный жир, он частично окружает тонкую кишку вовлеченного сегмента, феномен «жировая обертка» (fat – wrapping) и является специфичным для БК признаком,

поражая более чем 50% окружности тонкой кишки [7,8]. Гранулемы характерны, однако также неспецифичны и чаще обнаруживаются в операционном материале (15 – 82 %), чем в биопсийном (3 – 56 %) [9] в связи с воспалением в подслизистой основе и субсерозно.

Учитывая формирование патологического процесса снаружи кишки, лучевые методы диагностики приобретают на наш взгляд особое значение в диагностике БК, особенно у детей, когда вследствие возраста эндоскопическое обследование менее доступно. Компьютерную энтерографию целесообразно проводить до колоноскопии с илеоскопией. Она может показать утолщение стенки кишки на различных участках, язвы в стенке, выявить стенозы, при которых видеокапсула противопоказана, свищи, инфильтраты и изменения мезентериального жира. Поэтому у детей с клиническими симптомами боль в животе, хроническая диарея (более 6 недель), особенно ночью и без крови, лихорадка и анемия неясного генеза, целесообразно после исключения инфекций и других причин, проводить компьютерную энтерографию.

Литература:

1. Beketova, G. Crohn's disease in children and adolescents (clinical lecture) G. Beketova, O. Soldatova // *Pediatrics. Eastern Europe*. – 2017. – Vol.5, № 4. – P. 472–491.
2. Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Children in the United Kingdom / Sandhu, B.K., Fell, D.M.E., Beattie, H.J. et.al. // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. – 2010. – Vol. 50. – Issue. – P. S1 – S13.
3. Horsthuis, K. Inflammatory bowel disease diagnosed with US, MR, scintigraphy, and CT: metaanalysis of prospective studies / K. Horsthuis, S. Bipat, R.J. Bennink et al. // *Radiology*. – 2008. – Vol.247, N1. – P. 64 – 79.
4. Lennard-Jones, J.E. Classification of inflammatory bowel disease // *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* – 1989 – Vol. 170. – P. 2 – 6.
5. Григорьева, Г.А. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Г.А. Григорьева, Н.Ю. Мешалкина // *Фарматека*. – 2011. – № 15. – С.44 – 49.
6. Шифрин, О.С. Болезнь Крона – трудности диагностики // <https://internist.ru/publications/detail/bolezn-krona-trudnosti-diagnostik>. – Дата доступа: 20.05.2014.
7. Reproducible grading scale for histological assessment of inflammation in ulcerative colitis / K. Geboes [et al.] // *Gut*. – 2000. – Vol. 47 (3). – P. 404–409.
8. Fat – wrapping in Crohn's disease: pathological basis and relevance to surgical practice / A.L. Sheehan [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1992. – Vol. 79. – P. 955–959.
9. Geboes, K. Pathology of inflammatory bowel disease (IBD): variability with time and treatment // *Colorectal Dis.* – 2001. – Vol. 3. – P. 2–12.